



Agence Nationale de l'Aviation  
Civile et de la Météorologie

### FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-01-A

### EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application :  
10/09/2018

Page  
1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL :** Contrôleur aérien  
**CLASSE :** 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ASECNA  
**ADRESSE :** Guinée-Bissau

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

<p>Nom : ALVES DA SILVA          Prénom : Victoria Raúl          Nationalité : Bissau-Guinéen Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M          Né(e) le : 04/10/1999 à : Guinée-Bissau          Lieu et date de l'examen médical : 17/12/2025 - AMS          Adresse : Bissau, Guinée-Bissau          Téléphone : +245 955073414 Email : Victoria.silva855@gmail.com          Profession/activité : Contrôleur Aérien          Situation de famille : Célibataire</p>	<p>Activité(s) pratiques</p> <p><input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur  <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon  <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)</p> <p>Aérodrome :</p> <p>Activités aériennes antérieures : Heures de vol :</p>
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?  OUI  NON

Si OUI : Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu : Nom du médecin :

Vous avez été déclaré :  Apté  Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ?  OUI  NON

#### Questionnaires prévisions sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Maladies du foie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Maladies rénales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Migraines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Êtes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux tests en vigueur.

Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

17/12/2025

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

HTA Fauchille



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date  
d'application :  
10/06/2017

Page  
1 sur 2

NOM : *Alves da silva*

Prénoms : *Victorino Rail*

Date de naissance *04/10/1999*

(JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance : *Binar, Guiné-Bissau*

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille <i>169 cm</i>	(203) Poids <i>61 kg</i>	(204) Yeux couleur <i>Mer</i>	(205) Cheveux couleur <i>Mer</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>093</i>	Diastolique <i>71</i>	Pulsations <i>74</i>	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.

*Controle lui faire venir d'être qualifié A1. 87 ans. Celib - oesth.  
Tabac = o. Alc = o. Sport = o. 11 = o.*

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine

Normale  anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contac  
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapport annexés Non Date Nor Anor  
réali sé mal mal mal

(238) ECG *18.10.2021*

(239) Audiogramme *18.10.2021*

(240) Examen Ophtalmologique *18-19.10.2021*

(241) Examen ORL

(242) Lipides sanguins

(243) Fonctions respiratoires

(320) Tonométrie G :

N14 lu à 100cm

Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire



Agence Nationale de  
l'Aviation  
Civile et de la Météorologie

## FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date  
d'application :  
10/06/2017

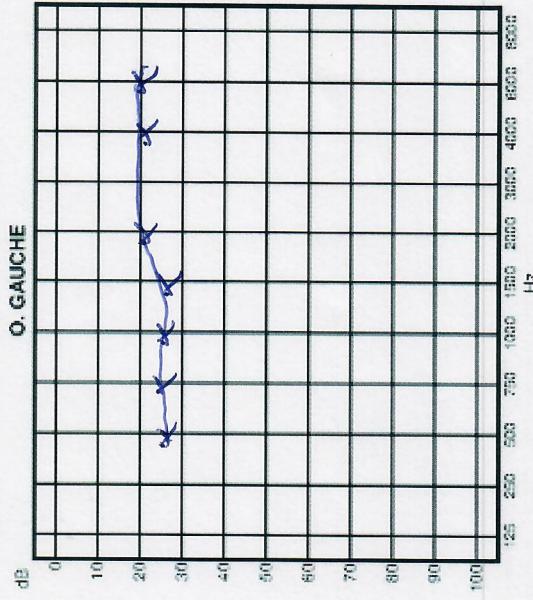
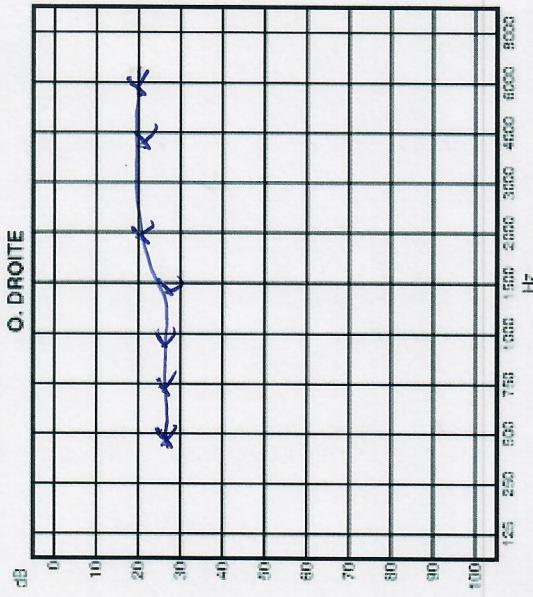
Page  
2 sur 2

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>		RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL					
						Date d'application : 10/06/2017	Page 2 sur 2
<b>(231) de près</b>  N5 lu à 30 – 50cm		Sans correction		Avec correction		D : mmHg (244) Divers (Sujet ?)	
		Oui	Non	Oui	Non		
œil droit œil gauche Vison binoculaire						(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude	
<b>(232) Lunettes</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Type :		<b>(233) Lentilles de contact</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type :					
réfraction Sph		Cylindre	Axe	Ajouter			
<b>(313) Perception des couleurs</b>		Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>					
Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées		Type ISHIHARA Nombre d'erreurs					
<b>(234) Audition</b> (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé		Oreille droite		Oreille gauche			
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle							
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	
Oreille droite							
Oreille gauche							
<b>(236) Fonction respiratoire</b>		<b>(237) Hémoglobine</b>					
VEMS/CV % Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Peack Flow (l/min) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		12,5 (g/dl) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Age = 60,90			
<b>(248) commentaires, limitations :</b> <i>Apté clair J → J1-12-2027</i>							
<b>(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé</b> Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.							
<b>(250) Lieu et date</b> <i>19-12-2025</i>		Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr PATRICK CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>				Cachet et signature <i>Dr PATRICK CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773</i>	

Date : 17/12/2025

Nom : Mes da Silva  
Prénom : Victorina Paul  
Date de Naissance : 04/10/1999

## AUDIOGRAMME



 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page <b>1 sur 1</b>

<b>CATEGORIES</b>		
<b>CLASSE 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>CLASSE 3</b> <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **VICTORINA RAUL ALVES DA SYLVA**

Né(e) le : **04/10/1999** à GUINEE BISSAU... Age : **26 ANS**

Demeurant : **ASECNA BISSAU**

**REPOND**..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **18/11/25**

Limite de validité : **31/12/27** Durée de validité : **2 ANS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

.....

#### Signature et cachet



*Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité desdits priviléges.*

*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité susmentionnée.*